Extrait de "l'Union Médicale du Canada"

MAI 1910

Chaire de chirurgie opératoire et d'anatomie topographique de l'Université Laval à Montréal

Leçon d'ouverture de M. le professeur Z. Rhéaume



MONTRÉAL

Cie d'Imprimerie Godin-Ménard Limitée, Montréal

Chaire de chirurgie opératoire et d'anatomie topographique de l'Université Laval à Montréal

Leçon d'ouverture de M. le professeur Z. Rhéaume. (1)

Messieurs,

Chez tous les peuples qui possèdent une formation intellectuelle et scientifique, les universitaires, vraiment dignes de ce nom, cultivent un idéal, but ultime de leur carrière, couronnement de leurs efforts: le professorat. En effet il n'est pas de plus grande jouissance pour un professeur que de façonner des cerveaux d'élite, car en le faisant il se donne l'illusion d'une paternité intellectuelle.

Après quinze années d'un travail persévérant, années qui ont passé avec une rapidité telle qu'il me semble, qu'hier encore, j'occupais une place sur ces bancs, le Conseil de notre Faculté de médecine vient de me nommer titulaire de la nouvelle chaire d'Anatomie topographique et de Chirurgie opératoire. Cet honneur me flatte d'autant plus sensiblement, que c'était l'ambition de ma vie de posséder une chaire d'enseignement en rapport avec l'art chirurgical, que j'exerce et affectionne religieusement depuis les premiers jours de ma vie professionnelle. Vous comprendrez donc mon émotion, Messieurs, en prenant pour la première fois la parole à cette tribune, car c'est un des actes les plus

(1) Prononcée à l'ouverture solennelle du cours, le jeudi 15 avril, devant un grand nombre de professeurs, d'amis et d'élèves présents à l'inauguration. Ce discours a une belle tenue. Les idées sont justes, élevées souvent, et fécondes toujours. Cette chaire marque une date dans la pratique chirurgicale à l'Université Laval, et nous avons foi dans l'enseignement du nouveau titulaire dont la science et la probité sont connues et appréciées de tous ceux qui l'ont approché.

N. D. L. R.

émouvants que puisse compter la vie d'un chirurgien. C'est à la fois recevoir la plus noble récompense pour ce que l'on a essayé de faire dans le passé, c'est contracter vis-à-vis les Professeurs qui dirigent cette Faculté une dette de très grande reconnaissance, c'est prendre pour l'avenir des engagements de travail et de dévouement au bien commun qui doivent demeurer une règle de vie et de conscience.

Parmi les devoirs qui incombent au récipiendaire, dans son discours d'ouverture, il en existe quelques fois de bien tristes; mais la bonne fortune a voulu me les épargner. En effet je n'ai pas à faire le panégyrique d'un prédécesseur, puisque j'ai l'honneur d'être le premier titulaire de cette chaire d'Anatomie topographique et de Chirurgie opératoire.

Depuis quelques années, plusieurs professeurs distingués de cette Faculté, donnaient bien quelques leçons de chirurgie opératoire, mais le cours ne pouvait pas avoir l'importance que le conseil de la Faculté veut lui donner maintenant que le terme des études médicales a été porté à cinq années.

L'histoire de l'enseignement de l'Anatomie topographique et de la Chirurgie opératoire est donc bien rudimentaire dans notre école comme dans bien d'autres.

Si vous me le permettez je ferai appel, pour suppléer à cette lacune, à l'histoire médicale d'un pays beaucoup plus vieux, d'un pays qui, depuis des siècles, a porté le flambeau de la civilisation et de la science à travers l'univers: LA FRANCE; de cette France créatrice de toute chose sans l'espoir mesquin d'une rémunération en espèces sonnantes (l'art pour l'art et le bien être qu'il peut procurer à l'humanité) ; de cette France qui a meublé les cerveaux de tous vos professeurs, et qui vous donne le pain quotidien de sa littérature médicale, de cette France qui a toujours été grande et belle dans les progrès de notre science.

L'histoire de l'enseignement de la chirurgie opératoire, en France, remonte à la Révolution, qui, en supprimant toutes les corporations, supprima en meme temps celles des médecins et des chirurgiens. Le recrutement de ces derniers fut momentanément suspendu, jusqu'à ce qu'un besoin urgent de médecins se fit sentir. C'est alors que la Convention, pour fournir des médecins aux armées, s'occupa de la fondation d'une école de santé, et à la suite d'un rapport de Fourcroy sa création fut décidée.

Ce rapport disait entre autre chose: "Il ne suffit pas de donner

des leçons et de faire des cours publics; le défaut des anciennes méthodes était de se borner, en quelque sorte, à des paroles pour les élèves: la leçon finie, l'objet n'en était plus retracé sous les yeux; il s'évanouissait promptement de leur mémoire. Dans l'école centrale de santé, comme dans celle des travaux publics, la pratique, la manipulation seront jointes aux préceptes théoriques. Les élèves seront exercés aux expériences chimiques, aux dissections anatomiques, aux opérations chirurgicales, aux appareils. Peu lire, beaucoup voir et beaucoup faire, telle sera la base du nouvel enseignement que les comités vous proposent de décréter."

Ce programme alléchant de Fourcroy n'en a pas moins pris près d'un siècle à se réaliser pour la médecine opératoire, et d'une façon bien imparfaite, puisque même aujourd'hui on trouve cet enseignement pratique bien insuffisant en France.

Le premier titulaire de la chaire de médecine, à Paris, fut Sabatier (1791), qui fonctionna pendant 17 ans. Dupuytren lui succéda à l'âge de 35 ans, mais il permuta bientôt avec Pelletan, pour devenir chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu. C'est au moment de la nomination de Richerand, en 1818, que le titre de Médecine opératoire fut remplacé par celui d'Opérations et appareils que la chaire porte encore officiellement aujourd'hui. Blandin occupa la chaire jusqu'en 1849, puis Malgaigne lui succéda. Ce dernier occupa cette chaire avec beaucoup de succès pendant quinze ans; son traité de médecine opératoire est resté pendant des années le bréviaire des chirurgiens; mais il était d'une maladresse manuelle dont il était le premier à se moquer.

Denonvillier, LeFort, se succédèrent; puis vinrent ceux qui aidèrent à propager les méthodes opératoires nouvelles: Duplay, Tillaux, Berger, Terrier, Reclus, Segond, Hartmann.

Ce qui nous frappe le plus dans l'histoire de la chaire de médecine opératoire, à la Faculté de Paris, c'est que celui qui a le plus contribué à son perfectionnement n'en a jamais été le titulaire.

En effet, près d'un siècle après le rapport de Fourcroy, en 1878, Farabeuf organise l'enseignement pratique de la médecine opératoire à l'école pratique; c'est là qu'il a créé de toute pièce un enseignement pratique de l'anatomie et de la médecine opératoire. Il fit triompher ses idées et aujourd'hui encore nous vivons sur les programmes qu'il avait dressés. Tous les chirurgiens qui se réclament de l'école française, sont, au point de vue de la technique opératoire, des émanations de Farabeuf. Par l'enseignement qu'il donnait aux aides, aux prosecteurs, par son livre, il a maintenu la chirurgie française dans sa

tradition, il a développé sa caractéristique propre, qui est une supériorité, la précision de l'acte opératoire basé sur l'anatomie.

Mais si vivante que soit l'oeuvre de Farabeuf, elle n'est pas complète pour les besoins de notre époque, qui pourtant n'est pas bien éloignée de la sienne. D'ailleurs il nous avertit lui-même dans la dernière édition de son volume, publié en 1895. "La technique des opérations nouvelles m'est trop étrangère, dit-il, pour que je me mêle de l'enseigner. Je ne veux plus rien ajouter à ce livre: je souhaite ardemment qu'un plus jeune que moi fasse, pour les opérations qui n'y sont pas décrites, ce que j'ai fait pour celles que je croyais connaître suffisamment."

Ce quelqu'un que Farabeuf souhaitait si ardemment, la France l'a eu dans la personne de Terrier. Un des premiers il adopta les méthodes antiseptiques et le pansement de Lister, dont Championnière s'était fait l'apôtre. Avec ses amis Nicaise et Périer, il visitait les hôpitaux anglais, en particulier le Samartan Hospital, où la chirurgie abdominale brillait d'un vif éclat . Il faisait, à son tour, de l'hôpital Bichat un centre de propagande pour cette chirurgie, alors dans l'enfance à Paris. C'est encore dans son service de l'hôpital Bichat qu'il substitua à l'antiseptie, l'aseptie. Au lieu de regarder la chaire de médecine opératoire, qu'il occupa de '893 à 1900, comme une chaire de passage et de demander à la quitter dès qu'une chaire de clinique devint vacante, il y resta jusqu'à l'âge de la retraite. Avec lui pénètrent définitivement dans l'enseignement de la Faculté de Paris les opérations viscérales qu'il avait déjà contribué à vulgariser par sa pratique hospitalière.

Par les congrès et la presse médicale, les idées nouvelles ont pu se propager, les initiatives isolées se faire connaître, et tout un régiment de chirurgiens contemporains est venu enrichir le domaine de la chirurgie opératoire.

Comme vous le voyez, Messieurs, l'histoire de la chirurgie opératoire viscérale est plutôt contemporaine. Et moi qui vous parle, un des plus jeunes de cette Faculté, j'ai assisté à ses débuts craintifs et à ses progrès journaliers, si rapides, que l'on a peine à les suivre.

Voilà, Messieurs, enquelques lignes l'histoire de la chirurgie opératoire en France; cette histoire est en même temps la nôtre puisque la France a toujours été la mère nourricière de nos cerveaux.

Mais que doit être le cours qu'on me confie tel que compris pour les besoins d'aujourd'hui et de demain?

Qu'on lui donne le titre de Médecine opératoire, de chaire d'opérations et appareils, de chirurgie opératoire, ou celui plus pompeux de chirurgie expérimentale, l'objet n'en reste pas moins le même: faire sur le cadavre ou sur les animaux vivants des exercices de technique opératoire, qui permettront plus tard à l'élève d'appliquer cet acte chirurgical à un cas pathologique particulier.

Notre Faculté a eu l'heureuse idée de greffer à la chirurgie opératoire l'enseignement de l'anatomie topographique cela nous permettra d'avantage d'insister sur la précision de l'acte opératoire basé sur l'anatomie. Mais l'anatomie telle que nous la comprendrons sera celle que Tilleux nous a si bien décrite dans son volume, qui reste comme un monument vivant et inaltérable.

Anatomie régionale et chirurgie opératoire ne feront donc qu'une seule et même chose dans notre enseignement pratique.

S'il est vrai qu'on peut être un excellent anatomiste sans être chirurgien, nous voudrions vous convaincre qu'on ne peut pas être chirurgien habile et consciencieux sans connaître à fond l'anatomie humaine. Il faut faire disparaître ce vieux dicton: qu'un fort en anatomie ne devient jamais un brillant chirurgien.

Mais bien des choses ont évolué depuis Farabeuf, et l'enseignement qu'il avait créé d'une façon si parfaite pour les besoins de son époque, devient bien insuffisant maintenant que la chirurgie a tellement empiété sur le domaine de la médecine, qu'elle ne peut plus tolérer le qualificatif de "Pathologie extrne."

Avec l'antisepsie et l'asepsie, avec une hémostase instrumentale très simplifiée, avec des techniques opératoires bien réglées, presque tous les viscères ont été attaqués avec succès.

Comme nous sommes loin de l'opinion erronée de Boyer qui écrivait en 1821: "La chirurgie a fait de nos jours les plus grands progrès et semble avoir atteint, ou peu s'en faut, le plus haut degré de perfectionnement dont elle paraisse susceptible."

Cet écrivain n'avait pas la clairvoyance d'un Jules Verne! C'est en effet quelqes années après sa déclaration de la faillite de la chirurgie que Soubeiran et Guthrie, en 1831, découvrirent le chloroforme, qui devait faciliter l'exercice de la chirurgie d'un façon si bienfaisante; c'est en 1846 que l'Américain Morton utilisait pour la première fois les vapeurs anesthésiques de l'éther, qui devait rendre de non moins grands services que le chloroforme; c'est un peu plus tard que, tout d'un coup, les choses ont changé, sous l'action d'un puissant élément de rénovation scientifique: l'oeuvre de Pasteur.

Mais cette rénovation scientifique, au point de vue chirurgical, c'est de l'histoire vécue pour tous les chirurgiens qui dépassent 40 ans. Vous qui m'écoutez, Messieurs, vous ne vous doutez peut-être pas qu'une des interventions chirurgicales les plus courantes, et que vous avez vue souvent exécuter dans nos hôpitaux, l'hystérectomie abdominale, était absolument ignorée il y a 30 ans: du reste c'est le 12 décembre 1887 que Péan pratiqua de propos délibéré la première hystérectomie vaginale pour lésions bilatérales des annexes, et on ne parlait pas encore, à cette époque, de l'hystérectomie abdominale qui est venue après: Legueu, un des plus brillants chirurgiens français de notre é poque, qui a eu comme collaborateur celui qui fut à la fois mon premier et mon dernier maître, nous dit dans son volume publié en 1898, en parlant de l'hystérectomie par la voie haute: "Malheureusement le petit nombre des interventions que nous avons pratiquées et de celles publiées par d'autres ne nous permettent pas encore de juger la valeur, immédiate et éloignée de cette opération."

Ce que je viens de dire de l'hystérectomie, peut se répéter pour toutes les autres interventions de la chirurgie viscérale. L'évolution des techniques opératoires s'est faite si rapidement, qu'à quelques années d'intervalle, une technique qui était considérée comme un critérium de garantie, est détronée par une autre plus parfaite. De grands progrès ont été réalisés, de non moins grands restent à faire. La chirurgie vasculaire, toute nouvelle, nous promet tout un monde de surprises.

Mais pour chacune de ces opérations, encore relativement récentes, il faut reprendre, au point de vue chirurgical, l'anatomie de la région sur laquelle on a à intervenir, il faut aussi étudier l'anatomie pathologique des lésions que l'on veut traiter.

Mais quand finiront ces progrès incessants de la chirurgie? Soyons prudents! Ne faisons pas comme Boyer, il y a un siècle; ne déclarons pas si tôt la faillite de la chirurgie! Nous avons empiété sur le domaine de la médecine, c'est peut-être cette dernière qui arrêtera cette course effrénée de la chirurgie, par des sérums et des agents encore ignorés; d'un autre côté, devant ces progrès constants, peut-être reviendrons nous aux anciens jours où il existait à la fois, et une corporation de médecins et une autre de chirurgiens.

Une association nouvelle et toute puissante, composée de presque toutes les célébrités chirurgicales d'Amérique, et dont font partie plusieurs de vos professeurs, croit entrevoir cette dernière solution.

Cette société, qui veut se substituer aux Universités, qui ne déli-

vrent pas encore de brevet de compétence chirurgicale ou qui plutôt accorde cette compétence à tous leurs gradués, s'appelle l'"American College of Surgeons."

Pour devenir membre de cette association, il faut avoir été interne dans un hôpital ,il faut avoir fait des études spéciales de chirurgie, attaché à un service de chirurgie, et se livrer exclusivement à l'exercice de cet art; ces qualifications scientifiques jointes à des qualifications morales très importantes, permettent au candidat de se présenter à un examen qui consiste à exécuter, sous contrôle, cinquante opérations consécutives.

Il faudra donc, Messieurs, pour répondre aux besoins de l'état actuel de la science chirurgicale, modifier dans la mesure de nos modestes moyens l'enseignement d la chirurgie opératoire; sans oublier cependant que nous devons nous adresser à des élèves qui, pour la plupart, sont destinés à faire des praticiens et n'exerceront la chirurgie qu'incidemment.

Ma tâche serait bien lourde si je ne comptais sur votre bienveillant concours, sur celui de mes assistants bénévoles, et sur le support moral et plus tangible de notre Faculté.

Je vous livrerai, sans réticence, sans épouvantail, le meilleur du peu que je sais. Mais vous comprendrez rapidement qu'on peut difficilement réaliser le miracle de faire des chirurgiens en 30 leçons.

A ceux qui se sentiront des aptitudes à continuer le travail, à peine ébauché, j'espère que notre Faculté facilitera l'accès dans notre laboratoire, après leurs études universitaires terminées.

Et si nous réussissons en si peu de temps à vous donner le feu sacré, la curiosité scientifique; si nous réussissons à vous communiquer le respect de cet art chirurgical si humainement utilitaire, notre joie sera grande et nos efforts bien recompensés.

Mais nous voulons pousser plus loin notre idéal. Sans ambitionner de faire des conquêtes nouvelles nous pouvons nous perfectionner; aussi c'est dans cette voie que nous travaillerons ensemble.

Notre agglomération nationale est tellement isolée dans cette vaste Amérique qu'il faut donner plus d'intensité à nos actions et à notre émulation pour s'imposer à l'attention de nos nombreux voisins.

Vous, Messieurs, qui êtes la réserve de demain, par vos travaux et par vos recherches, vous vous rendrez dignes de nos grands initiateurs d'outre-mer, en propageant dans cette Amérique la science française qui nous est si chère et qui devra subsister, encore plus triomphante, aux épreuves tragiques qu'elle supporte avec tant d'héroïsme à l'heure présente.